

Ako vam je potrebna pomoć u čitanju ili popunjavanju ovog obrasca, zatražite je od nas.  
Sačuvajte ovu stranicu za vašu evidenciju.

### Kako da se prijavim za beneficije?

- Da biste **kompletirali** svoju prijavu, popunite strane od 3 do 6. Možete **početi** sa svojim prijavljivanjem danas, tako što ćete recepcionaru dati svoje ime i prezime, adresu i potpis na strani 3. Ako nemate adresu, recite to recepcionaru ili pozovite vašu lokalnu kancelariju.
- Ako vam je potrebno još prostora, dodajte više listova.
- Odnese stranice od 3 do 6 u vašu lokalnu kancelariju, ili ih pošaljite poštom. Sačuvajte stranice 1 i 2 za vašu evidenciju.
- Možda ćete dobiti veće beneficije, ili ćete ih dobiti brže ako što pre otpočnete, popunite i predate nam vašu prijavu i sve druge informacije koje od vas zatražimo. Takođe je moguće da ćemo ove podatke razmenjivati sa službenicima na saveznom i državnom nivou.

### Kojom brzinom mogu dobiti pomoć u hrani i gotovini?

Ako su vam odmah potrebne dotacije, popunite pitanja od 1 do 14 na strani 3 i odnesite ovaj obrazac recepcionaru.

O tome da li ste podobni za pomoć u hrani donosimo odluku *u roku od 5 dana* ako nam pružite dokaz identiteta i ispunjavate nešto od sledećeg:

- Vaše domaćinstvo imaće ovog meseca manje od 150 \$ bruto prihoda i manje od 100 \$ likvidnih sredstava.
- Prihodi i sredstva vašeg domaćinstva su manji od vaših mesečnih troškova rente i komunalnih troškova.
- U vašem domaćinstvu imate imigranta bez sredstava ili sezonskog poljoprivrednog radnika.

**Beneficije se izdaju dan nakon odluke o vašoj podobnosti.** Pomoć u hrani obično počinje na dan prijema vaše prijave. Pomoć u gotovini obično počinje na dan kada dobijemo sve podatke potrebne za donošenje odluke o vašoj podobnosti.

### Građanska prava

U skladu sa saveznim zakonima i politikom Ministarstva poljoprivrede SAD (U.S. Department of Agriculture - USDA) i Ministarstva za zdravstvene i socijalne usluge SAD (U.S. Department of Health and Human Services - HHS), ovoj ustanovi je zabranjena diskriminacija na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porekla, pola, životne dobi ili hendikepa. Prema Zakonu o prehrabrenim kuponima (Food Stamp Act) i politici USDA, diskriminacija na osnovu verskih ili političkih ubeđenja je takođe zabranjena. Da biste podneli žalbu na diskriminaciju, kontaktirajte USDA ili HHS. Pišite na adresu USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ili pozovite (800) 795-3272 (glas) ili (202) 720-6382 (TTY). Pišite na adresu HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ili pozovite (202) 619-0403 (glas) ili (202) 619-3257 (TTY). USDA i HHS su poslodavci koji svim kandidatima pružaju podjednake šanse.

### Imigracioni status i brojevi socijalnog osiguranja

Možda ćete biti u mogućnosti da dobijete pomoć za neke osobe sa kojima živate čak i ako ostali sa kojima živate ne mogu dobiti pomoć zbog statusa imigracije. Morate nam reći status svih koji se prijavljuju. Imamo zdravstvene programe koji obuhvataju neke osobe koje ne mogu dokazati da su legalno u zemlji.

Po saveznim zakonima (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ymorate nam dati broj socijalnog osiguranja (Social Security Number - SSN) svakog sa kime živate, a ko se prijavi za Medicaid, TANF ili pomoć u hrani. Takođe, možda će nam biti potrebnii SSN roditelja i supružnika koji žive sa vama ali se ne prijavljuju. Imamo zdravstvene programe za neke osobe koje nemaju SSN.

SSN brojeve koristimo za proveru identiteta, potvrdu podobnosti, sprečavanje prevara i naplatu potraživanja. Sa drugim agencijama razmenjujemo podatke radi sprovođenja naših programa i pridržavanja zakona. Takođe, možda ćemo ove podatke dati agencijama za unutrašnje poslove koje traže odbegle kriminalce.

## Državljanstvo i identitet za Medicaid

Državljanji SAD moraju da dokažu državljanstvo i identitet da bi dobili Medicaid. Saradživaćemo sa vama radi pribavljanja tih dokaza. Ako nam je potreban dokument koji bi vas koštao, mi ćemo ga naručiti i platiti troškove. Nije nam potreban dokaz ni za koga u vašem domaćinstvu ko prima Medicare, Socijalno osiguranje za nesposobnost (Social Security Disability Insurance - SSDI) na osnovu svoje sopstvene nesposobnosti ili Dodatni pomoći prihod (Supplemental Security Income - SSI). U dokaze spada, između ostalog:

dokaz državljanstva	dokaz identiteta
<ul style="list-style-type: none"><li>• pasoš SAD</li><li>• sertifikat o naturalizaciji ili državljanstvu</li><li>• plemenska članska karta sa slikom</li><li>• zvanični izvod iz knjige rođenih države/okruga SAD</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• vozačka dozvola države</li><li>• državna identifikacija ili vojna identifikacija sa slikom</li><li>• plemenski dokument SAD američkog Indijanca/urođenika Aljaske</li><li>• za decu mlađu od 16 godina, popunjena dokumentacija o državljanstvu i obrazac o izjavi identiteta</li></ul>

## Pomoć u hrani i privatnost

Sadašnji Zakon o prehrabbenim kuponima dozvoljava službi da prikuplja podatke koji su traženi u prijavi. Neke od ovih podataka proveravamo pomoću kompjuterskih programa za upoređivanje.

Ove podatke koristimo za:	Ove podatke možemo dati:
<ul style="list-style-type: none"><li>• odlučivanje o tome ko je podoban za naše programe</li><li>• prikupljanje preplaćenih iznosa za pomoć u hrani</li><li>• sprovođenje naših programa</li><li>• osiguravanje toga da se pridržavamo zakona</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• saveznim i državnim agencijama, za zvaničnu upotrebu</li><li>• agencijama za unutrašnje poslove koje traže osobe u bekstvu zbog izbegavanja zakona</li><li>• privatnim agencijama za naplatu, radi naplate preplaćenih iznosa pomoći u hrani</li></ul>
Upozorenje o kaznama u vezi sa pomoći u hrani	
Podatke o osobama koje se prijavljuju za Pomoć u hrani šaljemo drugim saveznim agencijama radi provere tačnosti informacija. Ako neka informacija nije tačna, osobe koje se prijavljuju možda neće dobiti Pomoć u hrani. Ako osoba pruži podatke za koje zna da nisu tačni, može biti krivično gonjena. Kazne za namerno kršenje pravila Pomoći u hrani variraju od diskvalifikovanja iz programa, do novčanih kazni ili mogućeg zatvora.	

## Otplata državi za zdravstvenu i dugoročnu negu

- Po zakonu, ako ste stari 55 i više godina I ako primate Medicaid ili dugoročne usluge nege, DSHS može od vašeg poseda (sredstava koja posedujete u trenutku smrti) nadoknaditi svoje troškove zdravstvene pomoći, zdravstvenih usluga i dugoročne nege. DSHS može povratiti troškove dugoročnih usluga koje je finansirala samo država, a koje su primane **u bilo kom životnom dobu**. To se zove POVRAĆAJ PREKO IMOVINE (estate recovery). Plemenske zemlje mogu biti izuzete od povraćaja.
- Dugoročne usluge uključuju COPES, OBRA, Medicaid ličnu negu, Usluge staračkog doma, dnevni boravak odraslih uz zdravstvenu negu, privatne usluge negovateljice, četiri DDD HCBS odricanja: Basic, Basic Plus, Core (osnovna) i Zaštita u zajednici (Community Protection), kao i druge usluge koje pružaju Usluge doma i zajednice (Home and Community Services) i Uprava za ometenost u razvoju (Division of Developmental Disabilities).
- Do povraćaja preko imovine dolazi tek nakon vaše smrti i smrti vašeg supružnika, ukoliko ga imate. Ako imate izdržavane naslednike, povraćaj preko imovine može biti odložen zbog finansijskih teškoća.
- Ako trajno živite u staračkom domu ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, DSHS može staviti vašu imovinu u zalog radi nadoknade troškova zdravstvene pomoći, zdravstvenih usluga i dugoročne nege koji su vam potrebni. Ako se vratite kući, DSHS će izdati nalog za stavljanje u zalog. DSHS neće staviti u zalog vaš dom ako:
  - ◆ vaš supružnik živi u njemu
  - ◆ vaše dete koje je slepo, nesposobno ili mlađe od 21 godine živi u njemu
  - ◆ vaša braća ili sestre koji imaju akcijski interes u domu žive u njemu i živeli su tu bar godinu dana pre vašeg odlaska u ustanovu



## Ispitivanje podobnosti

Ako vam je potrebna pomoć u čitanju ili popunjavanju ovog obrasca, označite ovo polje.

**FOR OFFICE USE ONLY**

1. IME SREDNJE SLOVO PREZIME		POTPIS (OBAVEZAN)			2. ID BROJ KLIJENTA (AKO JE POZNAT)	
3. ADRESA BORAVKA		GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ	4. KUĆNI TELEFON/TELEFON IZBORA	
5. POŠTANSKA ADRESA (AKO JE RAZLIČITA)		GRAD	DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ	6. DRUGI BROJ(EVI) TELEFONA	
8. Prijavljujem se za (potvrdite sve što važi za vas):						
<input type="checkbox"/> Gotovinu <input type="checkbox"/> Hranu <input type="checkbox"/> Zdravstveno <input type="checkbox"/> Lečenje zavisnosti od supstanci ili alkohola <input type="checkbox"/> Starački dom <input type="checkbox"/> Život uz pomoć <input type="checkbox"/> Dom za porodicu odraslih <input type="checkbox"/> Negu u svom domu <input type="checkbox"/> Drugo (navedite po redu): _____						
9. Koliko novca očekujete da će vaše domaćinstvo dobiti ovog meseca? \$ _____						
10. Koliko novca vaše domaćinstvo ima u gotovini i na računima banaka? \$ _____						
11. Koliko vaše domaćinstvo plaća za rentu ili hipoteku? \$ _____						
12. Koje komunalne troškove plaća vaše domaćinstvo? <input type="checkbox"/> Grejanje/hlađenje <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Drugo: _____						
13. Da li je neko u vašem domaćinstvu sezonski ili migracioni poljoprivredni radnik? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
14. Ako se prijavljujete za pomoć u hrani, za koliko osoba u vašem domaćinstvu kupujete i pripremate hranu? _____						
FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    Screener's Initials: _____ Date: _____						
15. Potreban mi je telefonski intervju. Pozovite me na: _____						
16. <input type="checkbox"/> Potreban mi je tumač. Govorim: _____ ili <input type="checkbox"/> znak; moja pisma prevedite na: _____						
17. Navedite po redu svakog u vašem domaćinstvu, čak i ako ne podnosite prijavu za njih (po potrebi priložite dodatne liste).						
IME (IME, SREDNJE IME, PREZIME)	POL M ILI Ž	ŠTA VAM JE OVA OSOBA (srodstvo i sl.)?	DATUM ROĐENJA	OZNAČITE AKO ŽELITE BENEFICIJ E ZA OVU OSOBU	OZNAČI TE AKO JE NA ŠKOLOV ANJU	NEOBAVEZNO ZA ONE KOJI NE PODNOSE PRIJAVU
						BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA
		Ja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ja ili neko u mom domaćinstvu imamo (potvrdite sve što važi): <input type="checkbox"/> Trudnoća; datum termina: _____ <input type="checkbox"/> Hitan zdravstveni slučaj <input type="checkbox"/> Situacija nasilja u kući <input type="checkbox"/> Nesposobnost (navesti vrstu): _____						
19. Tokom prethodnih 30 dana primio/-la sam pomoć u gotovini, hrani ili zdravstvenu pomoć od druge države ili izvora: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
20. Ja, ili neko za koga podnosim prijavu, sam u bekstvu od zakona da bih izbegao pojavljivanje na sudu ili zatvor zbog krivičnog dela: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
21. <b>NEOBAVEZNO. USDA zahteva od nas da za pomoć u hrani odgovorimo umesto vas ukoliko vi ne odgovorite.</b>						
Moje etničko poreklo je hispansko ili latinoameričko: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
22. Smatram da je moja rasa (potvrdite sve što važi): <input type="checkbox"/> Belac <input type="checkbox"/> Crnac ili Afroamerikanac <input type="checkbox"/> Azijat <input type="checkbox"/> Urođenik Havaja ili žitelj drugog pacifičkog ostrva <input type="checkbox"/> Američki Indijanac ili urođenik Aljaske; ime plemena: _____ <input type="checkbox"/> Drugo (navedite po redu): _____						



### I Opšti podaci

1. Neko za koga podnosim prijavu živi van države Vašington:  Da  Ne Ko: \_\_\_\_\_
2. Ja ili neko u mom domaćinstvu smo strani državljeni:  Da  Ne Ko: \_\_\_\_\_
3. Neko je privremeno van moje kuće:  Da  Ne Ko: \_\_\_\_\_
4. Ja ili neko za koga podnosim prijavu služio je u vojsci:  Da  Ne Ko: \_\_\_\_\_
5. Neko je izdržavano lice ili supružnik nekoga (živog ili pokojnog) ko je služio u vojsci:  Da  Ne
6. Živim u:  Sopstvenoj kući ili stanu  Grupnom domu  Drugo: \_\_\_\_\_  
 Zgrada (navedite tip): \_\_\_\_\_ Datum ulaska: \_\_\_\_\_
7. Ja sam:  Neoženjen/neudata  Oženjen/udata  Razveden(a)  Živim razdvojeno  Udovac/udovica

### II Informacije o zdravstvenom osiguranju

#### Ja, moj supružnik, ili neko u mom domaćinstvu (obeležite odgovarajuće polje):

1. Ne možemo da radimo zbog zdravstvenih problema .....  Da  Ne
2. Imali smo nesreću koja je zahtevala zdravstvenu negu.....  Da  Ne
3. Planiramo da odemo, trenutno smo u, ili smo nedavno napustili zdravstvenu ustanovu (kao što je bolnica ili starački dom)  Da  Ne
4. Imamo neplaćene zdravstvene račune  Da  Ne
5. Potrebna nam je pomoć oko neplaćenih zdravstvenih računa za neki od prethodna tri meseca .....  Da  Ne
6. Imamo zdravstveno osiguranje (potvrdite sve što važi):  Medicare (ne DSHS zdravstveno)  Tricare  
 Osiguranje za dugoročnu negu.  Drugo zdravstveno osiguranje: \_\_\_\_\_

### III Resursi (nije potrebno za Dečju zdravstvenu, Trudničku zdravstvenu, HWD ili Basic pomoć u hrani)

Resurs je bilo šta što posedujete a što može biti prodato, zamenjeno za nešto ili pretvoreno u gotovinu ili novac koji drže drugi. U resurse ne spada lična imovina kao što je nameštaj ili odeća. Primeri resursa su:

- gotovina
- čekovni računi
- štedni računi
- CDs
- nalog na novčanom tržištu (money market account)
- štedne obveznice
- obveznice
- uzajamni fondovi
- akcije
- anuitetne obveznice
- fondovi pod upravljanjem
- IRA
- 401K
- fond za penziju
- kuće, uključujući i onu u kojoj živate
- stan
- zemljište
- ugovori o prodaji
- zgrada
- imanje dato na doživotno uživanje
- životno osiguranje
- fondovi za sahranu, planovi sa plaćanjem unapred
- fondovi za koledž
- tajm šer
- poslovna oprema
- poljoprivredna oprema
- stoka

Navedite resurse koje posedujete ili kupujete vi, vaš supružnik ili bilo ko za koga podnosite prijavu:

RESURS	KO POSEDUJE	LOKACIJA	VREDNOST	KO POSEDUJE	LOKACIJA	VREDNOST
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. Ja, moj supružnik ili neko za koga podnosim prijavu ima automobile, kamione, kombije, čamce, rekreativna vozila, kuće na točkovima ili druga motorna vozila:

GODINA (NPR. 1980)	PROIZVOĐAČ (NPR. FORD)	MODEL (NPR. ESCORT)	POTVRDITE AKO JE POD LIZINGOM	POTVRDITE AKO SE VOZILO KORISTI ZA ZDRAVSTVENE POTREBE	IZNOS KOJI SE DUGUJE
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Ja, moj supružnik ili neko za koga podnosim prijavu je prodao, zamenio za nešto, poklonio ili prebacio resurs tokom poslednjih pet godina (uključujući vozila, fondove pod upravljanjem ili imanje dato na doživotno uživanje):  Da  Ne  
Ako jeste, šta: \_\_\_\_\_ kada: \_\_\_\_\_

IME PODNOŠILOCA PRIJAVE	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	BROJ IDENTIFIKACIJE KLIJENTA		
<b>IV Zarađen prihod</b>				
1. Ja, moj supružnik ili neko za koga podnosim prijavu napustio je posao tokom poslednjih 60 dana: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
2. Ja, moj supružnik ili neko za koga podnosim prijavu ima prihode od posla: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako ima, molimo popunite ovaj deo:				
KO ZARAĐUJE OVAJ PRIHOD  IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA  DATUM POČETKA  Da li je ovaj posao samozapošljavanje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	PRIMLJENI BRUTO IZNOS (DOLARSKI IZNOS PRE PLAĆANJA POREZA) \$ _____ po: <input type="checkbox"/> satu <input type="checkbox"/> nedelji <input type="checkbox"/> na dve nedelje <input type="checkbox"/> dvaput mesečno <input type="checkbox"/> mesečno Sati nedeljno: _____ Datumi plaćanja (npr. 1 <sup>-og</sup> i 15 <sup>-og</sup> , ili svakog petka): _____			
KO ZARAĐUJE OVAJ PRIHOD  IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA  DATUM POČETKA  Da li je ovaj posao samozapošljavanje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	PRIMLJENI BRUTO IZNOS (DOLARSKI IZNOS PRE PLAĆANJA POREZA) \$ _____ po: <input type="checkbox"/> satu <input type="checkbox"/> nedelji <input type="checkbox"/> na dve nedelje <input type="checkbox"/> dvaput mesečno <input type="checkbox"/> mesečno Sati nedeljno: _____ Datumi plaćanja (npr. 1 <sup>-og</sup> i 15 <sup>-og</sup> , ili svakog petka): _____			
<b>V Drugi prihodi (koristite za sve članove domaćinstva)</b>				
	KO ZARAĐUJE OVAJ PRIHOD?	BRUTO MESEČNI IZNOS	KO ZARAĐUJE OVAJ PRIHOD?	BRUTO MESEČNI IZNOS
Beneficije za nezaposlenost		\$		\$
Socijalno osiguranje		\$		\$
Dodatni pomoćni prihod (Supplemental Security income - SSI)		\$		\$
Izdržavanje deteta ili supružničko izdržavanje		\$		\$
Penzija		\$		\$
Beneficije Uprave za veterane (Veterans Administration - VA) ili vojne beneficije		\$		\$
Beneficije rada i delatnosti (Labor & Industries - L&I) ili osiguranja		\$		\$
Fondovi pod upravljanjem		\$		\$
Kamata		\$		\$
Železničarske beneficije		\$		\$
Prihod od rente		\$		\$
Ostalo:		\$		\$
Ostalo:		\$		\$
<b>VI Anuiteti (investicije bilo kog člana domaćinstva radi dobijanja redovnih uplata sada ili u budućnosti)</b>				
KO JE VLASNIK ANUITETA?	KOMPANIJA ILI INSTITUCIJA?	IZNOS ILI VREDNOST	MESEČNI PRIHOD	DATUM NABAVKE
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
Ako vi ili vaš supružnik imate interes u anuitetima a prihvivate beneficije Medicaid dugoročne nege, morate imenovati državu Vašington kao naslednjog korisnika anuiteta.				

## VII Mesečni troškovi

RENTA \$	HIPOTEKA \$	ZAKUP PROSTORA \$	TROŠKOVI KONDOMINIJUMA \$
OSIGURANJE VLASNIKA DOMA \$	POREZI NA IMOVINU \$	PROCENE IMOVINE \$	OSTALE TAKSE \$

Komunalni troškovi (obeležite sve što važi):  grejanje (gas, struja, nafta)  električna energija (**osim grejanja**)  
 telefon  voda, kanalizacija, smeće

Neka druga osoba ili agencija, kao što je za dotirani smeštaj, pomaže mi u plaćanju svih ili dela ovih troškova:  Da  Ne

Ako pomaže, ko: \_\_\_\_\_ U kojim troškovima: \_\_\_\_\_ Iznos koji plaćaju: \$ \_\_\_\_\_

Ja, moj supružnik ili neko u mom domaćinstvu plaćamo ili bi trebalo da plaćamo (potvrdite sve što važi):

<input type="checkbox"/> Negu deteta ili izdržavanog lica	Mesečni iznos: \$	Ko plaća:
<input type="checkbox"/> Izdržavanje deteta	Mesečni iznos: \$	Ko plaća:
<input type="checkbox"/> Zdravstvene račune	Mesečni iznos: \$	Ko plaća:

## VIII Ovlašćeni predstavnik

Ovlašćeni predstavnik je neko kome dozvoljavate da DSHS razgovara sa njim o vašim beneficijama. Možete ali ne morate imenovati nekoga.

Da li imate ovlašćenog predstavnika?  Da  Ne  
 Da li je ova osoba vaš zakonski staratelj?  Da  Ne  
 Da li ova osoba ima ovlašćenja pravnog zastupnika?  Da  Ne

IME	ODNOS/SRODSTVO	BROJ TELEFONA
ADRESA BORAVKA	GRAD	DRŽAVA

## Izjava i potpisi

**Ako se prijava podnosi za gotovinu ili zdravstvenu pomoć za odrasle, moraju potpisati svi odrasli u domaćinstvu.**

**Ako se prijava podnosi za pomoć u hrani ili zdravstvenu pomoć za decu, mora potpisati podnositelj prijave.**

Razumem da moram:

- dati tačne informacije.
- prijaviti promene navedene u mom pismu odobrenja.
- dostaviti dokaz o podobnosti. DSHS mi može pomoći da dobijem dokaz ili da kontaktiram druge osobe ili agencije radi njegovog dobijanja.
- dodeliti određena prava na izdržavanje dece državi Vašington kada primim Privremenu pomoć za ugrožene porodice (Temporary Assistance to Needy Families - TANF).
- dodeliti svoja prava na potporu za zdravstvenu negu i uplate treće strane za zdravstvenu negu državi Vašington, kada primim dotacije za zdravstvenu negu.
- sarađivati prema zahtevima rada za pomoć u hrani.

ako ovo ne izvršavam, beneficije mi mogu uskraćene ili ču možda morati da ih isplatim natrag.

Razumem da mogu biti krivično gonjen ako svesno:

- dam lažnu izjavu.
- ne izvestim o nečemu što je trebalo prijaviti.

Pročitao/-la sam ili su mi objašnjena prava i odgovornosti, i primio/-la sam primerak Prava i odgovornosti klijenta (Client Rights and Responsibilities) DSHS 14-113. **Potvrđujem ili izjavljujem pod krivičnom odgovornošću za lažno svedočenje prema zakonima države Vašington da su podaci koje samo dao/-la u ovoj prijavi istiniti i tačni.**

POTPIS PODNOSIOCA PRIJAVE	DATUM	IME PODNOSIOCA ŠTAMPANIM SLOVIMA	GRAD I DRŽAVA MESTO POTPISIVANJA
POTPIS DRUGOG ODRASLOG PODNOSIOCA PRIJAVE	DATUM	IME DRUGOG PODNOSIOCA ŠTAMPANIM SLOVIMA	GRAD I DRŽAVA MESTO POTPISIVANJA
POTPIS POMOĆNIKA ILI PREDSTAVNIKA	DATUM	IME PREDSTAVNIKA ŠTAMPANIM SLOVIMA	GRAD I DRŽAVA MESTO POTPISIVANJA
POTPIS SVEDOKA AKO JE POTPISAN SA "X"	DATUM	IME SVEDOKA ŠTAMPANIM SLOVIMA	